

---

## تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن

---

الهام همتی<sup>۱</sup>، دکتر محمدصادق مهدوی<sup>۲</sup>، علی بقایی سرابی<sup>۳</sup>

### چکیده:

هدف این مقاله بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. روش تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد در شهر رودهن (۲۱۰ نفر) است، که از این جامعه به روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌ای با حجم نامتناسب، تعداد ۱۴۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب و داده‌های مورد نیاز به وسیله دو پرسشنامه محقق ساخته حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی و پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز جمع‌آوری شد. اعتبار ابزار مورد استفاده اعتبار محتوایی، و پایایی ابزار نیز با پایایی همسانی درونی روش ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است. یافته‌های پژوهش حاکی از این است که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آنان از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بین حمایت گروه‌های غیررسمی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و تأثیر حمایت ارگان رسمی بر سلامت اجتماعی زنان با حضور متغیر حمایت‌های غیررسمی سرکوب می‌شود.

### کلید واژه‌ها:

سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار.

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۹

دریافت مقاله: ۹۱/۷/۲۵

---

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده علوم اجتماعی، رودهن، ایران.

۲. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه جامعه‌شناسی، تهران، ایران.

۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده علوم اجتماعی، رودهن، ایران.

## مقدمه

یکی از مباحثی که امروزه در حوزه جامعه‌شناسی و مطالعات مربوط به زنان سرپرست خانوار مطرح است موضوع سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و متغیرهای اثرگذار بر آن است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی به معنای سلامت کامل جسمی، روانی، اجتماعی است و صرفاً به معنی نبود بیماری یا ناتوانی نیست (پارک و پارک، ۱۹۹۷). سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد و زمانی فرد را می‌توان واجد سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (سام آرام، ۱۳۸۷).

سلامتی یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر حفظ و ارتقای سلامت پیش نیاز حرکت به سوی برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی است. سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است که مفهومی پویا دارد. هر جامعه زمانی از پویایی و نشاط برخوردار خواهد بود که شهروندان دارای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب باشند. در این صورت است که جامعه می‌تواند پله‌های ترقی و تکامل را طی کند و به سطح قابل قبولی از توسعه دست یابد. سلامت جامعه در گرو سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تک تک افراد است و افراد در جامعه سالم است که پرورش می‌یابند. به طور کلی می‌توان گفت انسان بهنجار و سالم کسی است که هدفی اجتماع‌پسند دارد، از دنبال کردن هدف خود خرسند است و در مجموع از زندگی خود اظهار رضایت می‌کند. در مقابل کسی که هدفی اجتماع‌پسند ندارد و همواره با خود و اجتماع درگیر است و از زندگی نیز سودی نمی‌برد فردی نابهنجار است (گنجی، ۱۳۸۴: ۳۷۵، به نقل از شیرینی، ۱۳۹۰: ۱).

## بیان مسئله

کییز<sup>۱</sup> معتقد است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فردرانی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربر می‌گیرد. کییز با توجه به مفهوم‌پردازی‌های نظری درباره سلامت اجتماعی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش ارائه داده که عبارتند از: ۱. همبستگی اجتماعی؛ ۲. پذیرش اجتماعی؛ ۳. شکوفایی اجتماعی؛ ۴. مشارکت اجتماعی و ۵. انسجام اجتماعی (کییز، ۲۰۰۴).

لایکوک سلامت اجتماعی را به معنای شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. همچنین برکن معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی و این

<sup>۱</sup> Keyes

<sup>۲</sup> Social Acceptance

مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیتهای زندگی ناشی می‌شود. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه، فرصتهایی برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می‌کند، این رفتارها، نگرش‌ها و پیوندها نیز به زندگی فرد معنا می‌بخشد و این امر در سلامت روانی او تأثیر بسزایی دارد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳). ویلکینسون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را شامل طبقه اجتماعی، استرس، انزوای اجتماعی، فقر مطلق، بیکاری، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، زندگی اولیه و حمل و نقل می‌داند (ویلکینسون، ۱۳۸۳: ۱۶).

سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر کس از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ تر است. عوامل زیادی (نظیر میزان سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، سطح پیشرفت شخصیت و غیره) بر سطح سلامت اجتماعی مؤثرند که یکی از مهم‌ترین آنها حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی از حمایت‌های اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند (علی‌پور، ۱۳۸۵: ۱۳۴، به نقل از تقی‌پور، ۱۳۸۹). مازلو (۱۹۵۴) و کب (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را کمک دو جانبه اطلاعاتی در نظر می‌گیرند که موجب تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و به شخص این باور را می‌دهد که مورد عشق و علاقه، تأیید و ارزش دیگران است و به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل تعلق دارد و تمام اینها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد (ایمانی، ۱۳۸۲). عوامل متعددی در تعیین بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مؤثرند: بعضی از این عوامل به خود فرد مربوط می‌شوند (عوامل درون فردی) به عنوان نمونه خلق و خوی فرد، تعیین‌کننده این است که فرد، گیرنده یا دهنده حمایت باشد (سارافینو، ۱۳۸۴: ۲۴۳). یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، ساختار شبکه اجتماعی فرد، یعنی پیوندهایی است که فرد با اعضای خانواده و جامعه خود دارد (همان: ۱۸). مطالعات گسترده در مورد حمایت اجتماعی نشان داده‌اند که به طور مشخص خویشاوندان، دوستان و همکاران منابع مهمی هستند که می‌توان در صورت نیاز به کمک به آنها مراجعه کرد (همان منبع).

زنان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که گاه عواملی چون طلاق<sup>۱</sup>، فوت<sup>۲</sup>، اعتیاد<sup>۳</sup> همسر، از کارافتادگی<sup>۴</sup> او، رها شدن توسط مردان مهاجم و بی‌مبالات موجب آسیب‌پذیر شدن آنها می‌شود و در نهایت سلامت روانی آنها را به خطر می‌اندازد و توجه به آن بسیار حائز اهمیت است.

<sup>1</sup> divorce

<sup>2</sup> death

<sup>3</sup> addiction

<sup>4</sup> disability

تحقیقات مختلفی نشان می‌دهند که آمار افسردگی در زنان سه برابر مردان است و اضطراب نیز عامل مهمی در برهم زدن سلامت روانی زنان محسوب می‌شود (کارن جی<sup>۱</sup>، ۱۳۸۲: ۱۸). سلامت زنان مطمئن‌ترین راه نیل به هدف‌ها کلی سلامت و ارتقای کیفیت زندگی<sup>۲</sup> برای همه انسان‌هاست. وضعیت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. زنان اولین مراقبان سلامت خانواده و جامعه هستند. آموزش و فرهنگ از طریق سلامت زنان توسعه می‌یابد. زنان هم دریافت‌کننده و هم ارائه‌دهنده اصلی مراقبت در نظام سلامت هستند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴، به نقل از تقی پور، ۱۳۸۹: ۷).

انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف می‌شود که شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دو گانه (پدر و مادر) است. در نتیجه اثر معکوس بر سلامت روان زنان دارد و مسایل بهداشتی تازه‌ای به بار می‌آورد. از آنجایی که تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصیتی روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده سرپرست خانوار (مادر) است، توجه به سلامت روان زنان سرپرست خانوار برای جلوگیری از حل بسیاری از معضلات و مشکلات خانواده ضروری است. آسیب‌هایی که زنان با آن روبرو هستند باعث به خطر افتادن سلامت روان آنان شده است، از جمله آسیب‌های روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، به طوری که زنان در سراسر دنیا از وضعیت اشتغال و درآمد مناسب و کافی برخوردار نیستند، بنابراین مسایل و مشکلات آنان نسبت به مردان سرپرست خانوار بیشتر است. حدود دو سوم از زنان سرپرست خانوار به تنهایی، یعنی بدون فرد شاغل در خانواده، تأمین معاش را بر عهده دارند که با توجه به فرصت‌های شغلی مناسب برای مردان در مقایسه زنان، با دارای درآمد کمتری هستند و عمدتاً در مشاغل پاره وقت<sup>۳</sup> مشغول به کار هستند، لذا وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند. مسئله اقتصادی در واقع مهم‌ترین مسئله‌ای است که زنان سرپرست خانوار با آن مواجهند و قدرت و فشار این مسئله به حدی است که گاهی سایر گروه‌های مردم اساساً زنان سرپرست خانوار را با این مسئله می‌شناسند. این مسئله با بالا رفتن تعداد افراد تحت تکفل زن، حادث می‌شود و کمترین مواجهه با چنین امری را می‌توان نزد سرپرست خانوارهای تک نفره یافت (تحلیل و بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار، مرکز امور مشارکت زنان، بی تا: ۳۳۸، به نقل از لنکرانی، ۱۳۹۰: ۴).

زنان سرپرست خانوار را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد که عبارتند از خانواده‌هایی که در آن مرد به طور دائم وجود ندارد. (فوت همسر، طلاق و یا دخترانی که ازدواج نکرده‌اند و تنها زندگی می‌کنند)،

<sup>1</sup> jay

<sup>2</sup> quality of life

<sup>3</sup> part-time jobs

خانوارهایی که مرد به طور موقت به دلیل مهاجرت، مفقودالایر بودن، متواری یا زندانی بودن، نکاح منقطع، سربازی و غیره حضور ندارد، و خانوارهایی که مرد در آن حضور دارد اما به دلیل بیکاری، از کارافتادگی و غیره نقشی در امرار معاش ندارد (بختیاری، بی‌تا، به نقل از تقی پور، ۱۳۸۵: ۷۱).

براساس مطالعات و پژوهش‌ها در حوزه زنان، یکی از شاخص‌های مهم و اثرگذار بر سلامت جامعه در سطح کلان موضوع سلامت زنان است. بر همین اساس آگاهی از سطح سلامت زنان سرپرست خانوار که هم در سلامت خود، و هم در سلامت خانواده و جامعه دخیل هستند و شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن اجرای تحقیق حاضر را ایجاب می‌نماید، چرا که سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل و احساس ارزشمندی داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند.

لذا با توجه به موارد مذکور، دغدغه اصلی پژوهشگر بررسی این موضوع است که سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در چه سطحی است؟ زنان سرپرست خانوار از چه حمایت‌هایی برخوردارند؟ تا چه حد سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار متأثر از حمایت اجتماعی است؟ و حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی تا چه میزان بر ابعاد سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأثیر می‌گذارد و روی کدام بعد آن تأثیر بیشتری دارد؟

### پیشینه پژوهش

در پژوهشی با عنوان «رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی در سال ۲۰۰۴» بر روی نمونه وسیعی از جمعیت امریکا، کییز و شاپیرو<sup>۱</sup> نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی سلامت اجتماعی کمتری را گزارش دادند. به طور کلی، همراه با افزایش جایگاه و ارزش شغلی، زنان نسبت به مردان به طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد دارای جایگاه پایین شغلی در پایین‌ترین میزان بود. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان در مردان مسن<sup>۲</sup> با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را بزرگسالان ۵۴ تا ۴۵ سال و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان را جوان‌ترها یا افراد دارای جایگاه شغلی پایین به خود اختصاص دادند. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش

<sup>۱</sup> Keyes & Shapiro

<sup>۲</sup> elderly men

اجتماعی در زنان مسن با جایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد.

در مجموع داده‌ها نشان دادند که اکثریت جمعیت بزرگسال امریکا به استثنای ۱۶ درصدی که سطوح بالایی در هیچ یک از ابعاد گزارش نکردند و ۱۰ درصد از افرادی که در سه بعد به صورت ضعیف عمل کردند، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردارند (کبیز، ۲۰۰۴).

کبیز از نظریه پردازان سلامت اجتماعی، به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خودیگانگی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورده است:

- بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد.

- همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت.

- همچنین گرچه مشخص نیست سلامت اجتماعی، معلول یا علت مسئولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی است، به طور واضحی با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد (کبیز، ۲۰۰۴: ۴۸).

نتایج تحقیقات همچنین نشان دهنده رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی است (ال، نیشیموتو، مدیانسکی، منتل، و هاموویچ، ۲۰۰۵: هیبارد و پوپ، ۲۰۱۰؛ ولین لارسون، اسواردسود، تیبیلین و تیبیلین، ۲۰۱۱).

ملیحه تقی پور در سال ۱۳۸۹ در پایان نامه کارشناسی ارشد تحت عنوان «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران» پرداخت. نتایج به دست آمده عبارتند از: روش تحقیق توصیفی و تحلیل همبستگی به روش میدانی پیمایش است. روش جمع آوری داده‌ها مصاحبه ساختاری با استفاده از پرسشنامه است. جامعه آماری این تحقیق کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر تهران به تعداد ۵۵۰۰ نفرند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، تعداد ۳۴۰ نفر از جامعه آماری انتخاب شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده‌اند و از آزمون کندال تایی و گاما برای همبستگی‌های سطح ترتیبی در جداول متقاطع توافقی و همچنین تحلیل چند متغیره رگرسیونی استفاده شده است. یافته‌های حاصل از پژوهش حاکی از این است: رابطه معنادار و مستقیمی بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد.

رابطه معنادار و مستقیمی بین بُعد عاطفی<sup>۱</sup> حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد.  
رابطه معنادار و مستقیمی بین بُعد ابزاری<sup>۲</sup> حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد.  
رابطه معنادار و مستقیمی بین بُعد اطلاعاتی<sup>۳</sup> حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد.  
رابطه معنادار و مستقیمی بین متغیر تحصیلات<sup>۴</sup> و میزان حمایت اجتماعی وجود دارد.  
مرتضی شیری (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی «میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران» پرداخته است. هدف اصلی این پژوهش بررسی و شناخت میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و عوامل مؤثر بر آن است. در این پژوهش از روش پیمایشی استفاده شده است که در آن افراد توان یاب مرکز آموزشی، نیکوکاری رعد با تعداد ۱۸۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش به شرح زیر است: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین میزان حمایت‌های اجتماعی دریافت‌شده و میزان سلامت اجتماعی، میزان حمایت‌های عاطفی دریافت‌شده و میزان سلامت اجتماعی و میزان حمایت‌های اطلاعاتی دریافت‌شده و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود دارد. در ضمن طی بررسی صورت گرفته مشخص شد که بین میزان پایگاه اجتماعی - اقتصادی<sup>۵</sup> و میزان سلامت اجتماعی افراد و بین نحوه گذراندن اوقات فراغت<sup>۶</sup> و میزان سلامت اجتماعی نیز رابطه معناداری برقرار است. در واقع می‌توان گفت در بررسی انجام شده، تمامی فرضیه‌های محقق مورد تایید قرار گرفتند.

### مبانی نظری

هدف این مقاله بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. به طور کلی مفهوم سلامت اجتماعی در این پژوهش برگرفته از مدل کیز است. ابعاد چهار گانه سلامت اجتماعی که کیز مطرح کرد زیربنای متغیر ما را تشکیل می‌دهد که شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است و علاوه بر این چهار بُعد، برابری اجتماعی و امنیت اجتماعی را از دیدگاه فمینیست‌ها می‌توان بررسی کرد. در ادامه مقاله ابتدا به تعریف ابعاد سلامت اجتماعی پرداخته می‌شود.

<sup>1</sup> emotional

<sup>2</sup> Instrumental

<sup>3</sup> informational

<sup>4</sup> level of education

<sup>5</sup> Socio- Economic Situation (SES)

<sup>6</sup> leisure time

بعد شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد که نهادهای اجتماعی و شهروندان آن را شناسایی می‌کنند. افراد سالم‌تر به شرایط و آینده اجتماع امیدوار هستند، آنها می‌توانند قابلیت‌هایی را که در یک اجتماع به هم پیوسته وجود دارد تشخیص دهند و باور دارند که جهان می‌تواند برای انسان‌هایی چون آنها بهبود یابد (شیری، ۱۳۹۰: ۲۴).

بعد انسجام یا یکپارچگی اجتماعی سنجشی برای کیفیت روابط افراد در جامعه و اجتماع است. افراد باید سعی کنند تا حس تعلق به کل دنیا را در خودشان به وجود آورند تا تمام طول زندگی فقط وابسته به دوست داشتن غیر مشروط خانواده و دوستان نباشند. افراد سالم احساس می‌کنند که قسمتی از جامعه هستند. بنابراین انسجام درجه‌ای است که مردم احساس می‌کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنان را می‌سازند وجود دارد (همسایه شان). همچنین یکپارچگی درجه‌ای است که مردم احساس می‌کنند متعلق به جامعه و اجتماع خود هستند. (همان، ۲۷).

در بعد پذیرش اجتماعی، افرادی که پذیرش اجتماعی سالمی اجتماع را مجموعه ای کلی و عمومی می‌دانند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد دارند. منظور از مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که مورد محبت دیگران باشند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است سهیم باشند. در واقع بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی<sup>۱</sup>، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است و به شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخص شبکه اجتماعی توجه می‌شود (همان، ۲۸).

هدف فمینیسم لیبرال از دیرباز احقاق حقوق برابر برای زنان بوده است، یعنی برخورداری از حقوق شهروندی<sup>۲</sup> مساوی با مردان. فمینیست‌های لیبرال علیه قوانین و سنت‌هایی مبارزه کرده‌اند که حق را به مردان می‌دهند و به زنان نمی‌دهند یا با ادعای «حمایت» از زنان وضع می‌شوند. این گروه با این تشخیص که برابری صوری کافی نیست، خواستار وضع قوانینی شده‌اند که براساس آن تبعیض علیه زنان غیر قانونی شود و زنان در محیط‌های کار از حقوقی مانند مرخصی و حقوق زایمان برخوردار شوند.

برمبنای این تفکر، زن موجودی انسانی است و همان حقوق طبیعی و سلب نشدنی مردان را دارد. (پاملا<sup>۳</sup>، کالر<sup>۴</sup>، بی‌تا). و در ادامه مقاله به بررسی نظریه کنش هابرماس<sup>۵</sup> پرداخته می‌شود.

<sup>1</sup> social skills

<sup>2</sup> civic rights

<sup>3</sup> Pamela

<sup>4</sup> Keller

<sup>5</sup> Habermas



در بحث کنش ارتباطی (زیست جهان) روابط آزادانه- داوطلبانه سلسله مراتبی وجود ندارد. حوزه عمومی یعنی جایی که آدمها با هم به تفاهم می‌رسند در جامعه شکل می‌گیرد مثل گروه‌های غیر رسمی. تبادل ارتباطی ما را به حقیقت مورد توافق همگانی می‌رساند و سلطه وجود ندارد. ولی در نظام اجتماعی قوانین و مقرراتی حاکم است، که پیروی از آنها اجباری است و کنش معقول هدفدار حاکم است.

هابرماس میان عقلانیت نظام اجتماعی (جامعه) و عقلانیت<sup>۴</sup> جهان زندگی، اصولاً تمایز قائل می‌شود. در حالی که عقلانیت اجتماعی مستلزم نهادمندی یک نظام هنجار بخش است، عقلانیت جهان زندگی مستلزم رواداشتن «کنش‌های متقابلی است که تحت هدایت توافق‌های مبتنی بر هنجارها نیستند، بلکه مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر توافق‌هایی‌اند که از رهگذر تفاهم ارتباطی به دست می‌آیند» (ریتزر، ۱۳۷۹: ۳۴۰). به عبارت دیگر، عقلانیت جهان زندگی مستلزم آن است که انسان‌ها آزادانه با یکدیگر به توافق برسند نه آن که تحت تأثیر نیرومند نیروهای خارجی به این توافق دست یابند.

هابرماس پس از تمایز قائل شدن میان این دو سطح، به این استدلال روی می‌آورد که در جهان معاصر، عقلانیت با نرخ برابری در هر دو سطح رشد نکرده است، زیرا نظام اجتماعی سریع‌تر از جهان زندگی عقلانی شده است. در نتیجه، جهان زندگی تحت چیرگی یک نظام اجتماعی عقلانی شده در آمده است. بر اثر همین وضع، زندگی روزانه دچار فقر شده و «جهان زندگی بیش از پیش بی‌مایه گشته است». (مک کارتی، ۱۹۸۴) به نظر هابرماس، راه حل این قضیه در رهایی جهان اجتماعی از چنگ استعمار نظام اجتماعی نهفته است، تا از این طریق، جهان اجتماعی بتواند به شیوه مناسب خود (توافق ارتباطی آزادانه) عقلانی گردد (همان منبع: ۶۰۴، ۶۰۵).

با توجه به نظریه هابرماس که در بالا ملاحظه شد در این تحقیق پژوهشگر حمایت اجتماعی را به دو دسته تقسیم می‌کند:

۱. حمایت گروه‌های غیررسمی (خانواده، دوستان، اقوام).

۲. حمایت ارگان‌های رسمی (کمیته امداد).

در اینجا ارگان رسمی برگرفته از نظام هابرماس است که یک سری قوانین و مقررات بر آن حاکم است و در آن سلسله مراتب وجود دارد و پیروی از این شرایط اجباری است. نهادهای غیر رسمی را در زمره زیست جهان قرار می‌گیرد که چون در آن روابط غیررسمی و داوطلبانه است، سلسله مراتب وجود ندارد و افراد آزادانه حرف‌های خود را بیان می‌کنند و جایی است که حوزه عمومی شکل می‌گیرد و آدمها با هم به تفاهم می‌رسند.

## فرضیه‌ها

### فرضیه اصلی

بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

### فرضیه‌های فرعی

بین حمایت اجتماعی و پذیرش اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت اجتماعی و انسجام اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت اجتماعی و برابری اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.  
بین حمایت ارگان‌های رسمی و ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی - مشارکت اجتماعی - شکوفایی اجتماعی - انسجام اجتماعی - برابری اجتماعی - امنیت اجتماعی) زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

بین حمایت گروه‌های غیررسمی و ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی - مشارکت اجتماعی - شکوفایی اجتماعی - انسجام اجتماعی - برابری اجتماعی - امنیت اجتماعی) زنان سرپرست خانوار ارتباط وجود دارد.

## روش تحقیق

### جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد در شهر رودهن (۲۱۰ نفر) است، که از این جامعه به روش نمونه‌گیری احتمالی طبقه‌ای با حجم نامتناسب براساس سن (جوان: ۵۰، میانسال: ۷۰، کهنسال: ۲۰)، تعداد ۱۴۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

### ابزار گردآوری اطلاعات

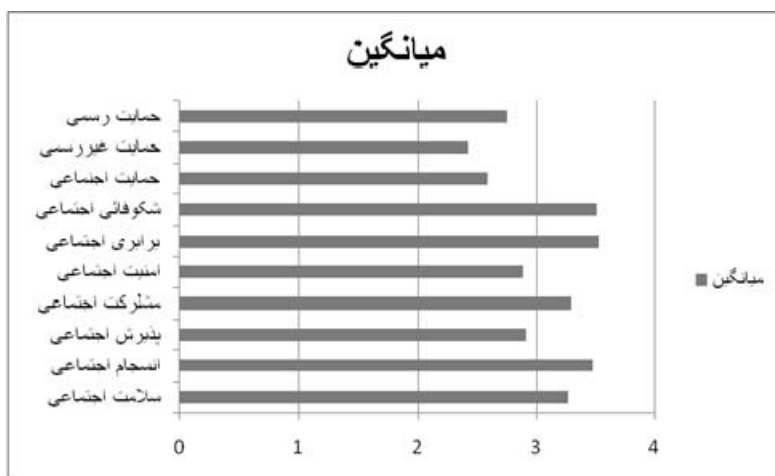
اطلاعات اولیه لازم برای این تحقیق با مصاحبه‌های عمیق و گفتگوی همدلانه به دست آمده است. سایر ابزارها شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی پژوهشگرساخته، پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه سلامت اجتماعی پژوهشگرساخته بود.

## یافته‌های تحقیق

در این پژوهش متغیر سلامت اجتماعی از شش بُعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، امنیت اجتماعی، برابری اجتماعی، شکوفائی اجتماعی و متغیر حمایت اجتماعی از دو بُعد حمایت گروه‌های غیررسمی و حمایت ارگان رسمی تشکیل شده است.

## الف) توصیف متغیرها

برای توصیف تک تک متغیرها براساس سطح سنجش آنها از شاخص‌های آماری گرایش به مرکز (میانگین، میانه، نما) پراکندگی (انحراف معیار<sup>۱</sup>)، توزیع (چولگی و کشیدگی<sup>۲</sup>) و برای آزمون فرضیه‌ها (دو متغیری) از همبستگی پیرسون و برای تحلیل چندمتغیری از رگرسیون خطی استفاده شده است.



نمودار ۱- توزیع «میانگین» متغیرهای وابسته و مستقل

یافته‌های توصیفی این پژوهش نشان داد که: در بین نمونه آماری ما متوسط نمره سلامت اجتماعی برابر با  $\frac{3}{2}$  (کمی بیش از متوسط)، متوسط نمره انسجام اجتماعی برابر با  $\frac{3}{5}$  (کمی بیش از متوسط)، متوسط نمره پذیرش اجتماعی با  $\frac{2}{9}$  (نزدیک به متوسط)، متوسط نمره مشارکت اجتماعی برابر با  $\frac{3}{3}$  (متوسط)، متوسط نمره امنیت اجتماعی با  $\frac{2}{9}$  (نزدیک به متوسط)، متوسط نمره برابری اجتماعی برابر با  $\frac{3}{5}$  (کمی بیش از متوسط)، متوسط نمره شکوفایی اجتماعی برابر با  $\frac{3}{5}$  (کمی بیش از متوسط)، متوسط نمره حمایت اجتماعی برابر با  $\frac{2}{6}$  (نزدیک به متوسط)، متوسط نمره

<sup>1</sup> standard deviation

<sup>2</sup> Kurtosis

حمایت غیررسمی برابر با ۲/۴ (نزدیک به متوسط) و متوسط نمره حمایت رسمی برابر با ۲/۸ (نزدیک به متوسط) است.

### ب. فرضیه‌های دو متغیری

جدول شماره ۱- نتایج محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و وابسته

تعداد	انحراف معیار	واریانس	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
۱۴۰	۰/۵۱۲۶۷	۰/۲۶۲۸۳	۰/۳۷۵	۰/۰۰۰
۱۴۰	۰/۶۲۱۰۷	۰/۳۸۶	۰/۳۱۰	۰/۰۰۰
۱۴۰	۰/۸۵۵۲۰	۰/۷۳۱	۰/۲۶۵	۰/۰۰۲
۱۴۰	۰/۸۶۰۷۶	۰/۷۴۱	۰/۱۹۶	۰/۰۲۱
۱۴۰	۰/۷۸۷۲۰	۰/۶۲۰	۰/۳۵۹	۰/۰۰۰
۱۴۰	۰/۷۸۲۳۰	۰/۳۱۲	۰/۲۰۷	۰/۰۱۴
۱۴۰	۰/۷۵۳۵۹	۰/۵۶۸	۰/۱۵۹	۰/۰۶۱

نتایج بررسی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۳۷ و در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است. به عبارت دیگر، هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد، فرضیه فوق تأیید می‌شود. در مورد پذیرش اجتماعی و حمایت اجتماعی، ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۳۱ و در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان پذیرش اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد، فرضیه فوق تأیید می‌شود. در خصوص مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی، ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۲۶ و در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان مشارکت اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد، فرضیه فوق تأیید می‌شود. در مورد شکوفایی اجتماعی و حمایت اجتماعی، ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۲۰ و در سطح ۰/۰۰۲ معنادار است. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان شکوفایی اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد، فرضیه فوق تأیید می‌شود. در مورد انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی، ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۳۶ و در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان انسجام اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد، فرضیه فوق تأیید می‌شود. در مورد برابری اجتماعی و حمایت اجتماعی ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۲۱ و در سطح ۰/۰۰۱

معنادار است. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان برابری اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. پس براساس این شواهد فرضیه فوق تأیید می‌شود. در مورد امنیت اجتماعی و حمایت اجتماعی ضریب همبستگی دو متغیر مذکور در حدود ۰/۱۶ و در سطح ۰/۰۶ معنادار نیست. به عبارت دیگر هر چقدر حمایت اجتماعی، از زنان سرپرست خانوار، بیشتر باشد میزان امنیت اجتماعی آنان نیز بالا می‌رود. اما این نتیجه قابل تعمیم به کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی نیست. پس براساس این شواهد فرضیه فوق تأیید نمی‌شود.

### ج. تحلیل چندمتغیری

جدول شماره ۲- خلاصه مدل رگرسیونی متغیر وابسته سلامت اجتماعی بر حسب متغیر مستقل حمایت اجتماعی (ارگان رسمی- گروه غیررسمی)

خطای معیار برآورد	مجدور ضریب همبستگی شده	مجدور ضریب همبستگی	ضریب همبستگی
۰/۴۷۷۸۴	۰/۱۳۳	۰/۱۴۵	<sup>a</sup> ۰/۳۸۱

با استناد به ارقام جدول فوق مشخص می‌شود که ۱۴/۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تغییرات متغیرهای حمایت ارگان رسمی و حمایت غیر رسمی از زنان سرپرست خانوار قابل تبیین می‌کند.

### جدول ۳ خلاصه مدل رگرسیونی

سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	
		۲/۶۳۸	۲	۵/۲۷۷	رگرسیون
۰/۰۰۰ <sup>a</sup>	۱۱/۵۵۵	۰/۲۲۸	۱۳۶	۳۱/۰۵۳	باقیمانده
			۱۳۸	۳۶/۳۲۹	جمع کل

### جدول شماره ۴- ضرایب تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	Model
		Beta	B	خطای معیار
۰/۰۰۰	۱۳/۸۷۰		۲/۴۸۵	۰/۱۷۹
۰/۰۸۹	۱/۷۱۵	۰/۱۴۸	۰/۱۰۷	۰/۰۶۲
۰/۰۰۱	۳/۴۶۳	۰/۲۹۳	۰/۲۰۰	۰/۰۵۸

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین حمایت گروه‌های غیررسمی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و تأثیر حمایت ارگان رسمی بر سلامت اجتماعی زنان با حضور متغیر حمایت‌های غیررسمی سرکوب می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی تأثیر عواملی پرداختیم که موجب افزایش و کاهش سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار می‌شود. نتایج نشان داد که هر چه حمایت اجتماعی از زنان سرپرست بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش می‌یابد. بخشی‌پور و همکاران (۱۳۸۱)، تقی‌پور (۱۳۸۹)، نجف‌آبادی (۱۳۸۹) و شیرینی (۱۳۹۰) به نتایج مشابهی دست یافتند.

طبق نتایج به دست آمده، خواه این افزایش حمایت از طرف ارگان رسمی باشد خواه حمایت گروه‌های غیررسمی، سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت گروه‌های غیررسمی بیشتری برخوردار باشند سلامت اجتماعی‌شان در همه ابعاد (پذیرش - انسجام - مشارکت - شکوفایی و امنیت) افزایش می‌یابد. ولی حمایت ارگان‌های رسمی سلامت اجتماعی آنها در سه بُعد (مشارکت، برابری، انسجام) افزایش دهد و تأثیری بر پذیرش و شکوفایی و امنیت ندارد.

براین اساس نتیجه می‌گیریم چون در گروه‌های غیررسمی سلسله مراتب و قوانین و مقررات اجباری وجود ندارد، افراد آزادانه می‌توانند نظراتشان را بیان کنند. پس این امکان وجود دارد که افراد راحت تر مورد پذیرش گروه واقع شوند و بتوانند استعدادهای خود را شناسایی و در جهت شکوفایی آن تلاش کنند. ولی در ارگان‌های رسمی به دلیل وجود یک سری سلسله مراتب و قوانین و مقررات حاکم، روابط رسمی است و حالت اجبار دارد به همین دلیل، ارگان رسمی با فعالیت‌های کنونی خود نتوانسته است در بالا بردن پذیرش و شکوفایی و امنیت زنان مؤثر واقع شود.

همچنین نتایج نشان داد که حمایت گروه‌های غیررسمی نسبت به حمایت‌های ارگان رسمی تأثیر بیشتری بر سلامت زنان دارد. این نتیجه تأییدکننده ایده هابرماس است که می‌گوید: میان عقلانیت نظام اجتماعی (ارگان رسمی) و عقلانیت جهان زندگی، (گروه‌های غیررسمی) اصولاً باید تمایز قایل شد. در حالی که عقلانیت اجتماعی مستلزم نهادمندی یک نظام هنجار بخش است، عقلانیت جهان زندگی مستلزم روا داشتن «کنش‌های متقابلی است که تحت هدایت توافق‌های مبتنی بر هنجارها نیستند، بلکه مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر توافق‌هایی‌اند که از رهگذر تفاهم ارتباطی به دست می‌آیند» (ریتزر، ۱۳۷۹: ۳۴۰). به عبارت دیگر، عقلانیت جهان زندگی مستلزم آن است که انسان‌ها آزادانه با یکدیگر به توافق برسند نه آنکه تحت تأثیر نیرومند نیروهای خارجی به این توافق دست یابند. طبق این نتایج ایده هابرماس تأیید می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد ابعاد سلامت (مشارکت، انسجام، پذیرش) هم افزایش می‌یابد. کبیز (۲۰۰۴)، ال، نیشیموتو و همکاران (۲۰۰۵)، هیبارد و پوپ (۲۰۱۰)، لارسون و همکاران (۲۰۱۱) تقریباً به نتایج مشابهی دست یافتند.

همچنین نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی و برابری اجتماعی رابطه وجود دارد. این نتیجه تأییدکننده این دیدگاه فمینیسم‌های لیبرال است که از دیرباز به دنبال احقاق حقوق برابر برای زنان بوده‌اند، یعنی برخورداری از حقوق شهروندی مساوی با مردان. فمینیست‌های لیبرال علیه قوانین و سنت‌هایی مبارزه کرده‌اند که حق را به مردان می‌دهند و به زنان نمی‌دهند و با ادعای «حمایت» از زنان وضع می‌شوند. اگر این حمایت‌ها بیشتر باشد، زنان به آزادی و برابری بیشتری برسند و مشارکت بیشتری داشته باشند، امکان تغییر جامعه فراهم می‌شود. زنان هم باید بتوانند در کنار مردان دسترسی برابری به آموزش، اشتغال، سیاست و ... داشته باشند.

## منابع

### فارسی

- ایمانی، ر. (۱۳۸۲). بررسی علل و عوامل مؤثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی (روابط فردی)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- پاملا، آ، کلو، و. جامعه شناسی زنان. ترجمه منیژه نجم عراقی. نشر نی
- پارک، ج، و پارک، ک. (۱۹۹۷). کلیه خدمات بهداشتی، ترجمه حسین شجاعی تهرانی، نشر سماط، تهران.
- تقی‌پور، م. (۱۳۸۹). بررسی حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- کارن جی، ک، استفانی، ا. و آیزنستات. (۱۳۸۲). بهداشت روانی زنان، ترجمه خدیجه ابوالمعالی، هایدی صابری، ژینوس لطیفی، مهدی محی‌الدین بناب. تهران: نشر ساوالان.
- خیراله‌پور، ا. (۱۳۸۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه آموزشی جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- ریتزر، ج. (۱۳۷۹). نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی. انتشارات علمی.
- لنکرانی، م. (۱۳۹۰). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار و عوامل مؤثر بر آن. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سام آرام، ع. (۱۳۸۷). جزوه درسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سارافینو، ا، پ. (۱۳۸۴). ترجمه سیدعلی احمدی و همکاران، روانشناسی سلامت؛ چاپ اول، انتشارات رشد.
- شیری، م. (۱۳۹۰). بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی
- ویلکینسون ریچارد، م. (۱۳۸۳). تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، ترجمه محمد زارع و فرحناز زهرایی، تهران: مرکز بین المللی بهداشت جامعه (سازمان بهداشت جهانی). انتشارات سیمین دخت.



## انگلیسی

- Ell, M. P., Medinski, R. D., Mantell, & Hamovitch, S. R. A. (2005). Social support in pregnancy: methodology and findings of a 1-year follow-up study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10, 219-31.
- Hibbard, L. F., & Pope, L. (2008). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *AmRevPublic Health*, 5, 413-32.
- Keyes, C. L. M. (2004). Complete mental health: An agenda for the 21 century. Washington.
- Keyes, Corey L. M., and Adam Shapiro. (2004). "Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology," Pp. 350-372 in *How Healthy Are We? A National Study of Well Being at Midlife*, edited by Orville G. Brim, Carol Ryffand Ronald Kessler. Chicago: University of Chicago Pres
- Welin, T. R., Larsson, N., Svardsudd, P. O., Tibblin, B. V., & Tibblin, I. L. (2011). Van Doorninck of home-based, informal health. *Development*, 10, 63-7. *Westview Press*, 147-184.